

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THESE

N° 433

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Jacques MARGERIE

Né le 9 Juin 1933, au PLESSIS-ROBINSON (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES MANIFESTATIONS EXTRA-INTESTINALES
AU COURS DE LA RECTO-COLITE
HEMORRAGIQUE

Président : Monsieur Ch. DEBRAY (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1964

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel, Jacques MARGERIE

Né le 9 juin 1933 au PLESSIS-ROBINSON (Seine)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
MANIFESTATIONS EXTRA-INTESTINALES
AU COURS DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

--

Président : Monsieur Ch. DEBRAY (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1964



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H),
 BINET (L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E),
 DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P),
 HALPHEN (E), HAZARD (R), HEYER (G), LANTUEJOUL (P),
 LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M),
 MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR
 VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDÉ-
 LIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J),
 STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR M. BARGETON (D)

2e ASSESSEUR M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F.) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér. et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (-Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N...
{ Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
{ Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- { Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales { Pitié	CORDIER (C)
{ Saint-Antoine	GOSSET (J)
{ Salpêtrière	SICARD (A)
{ Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINE

Clinique de Chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des En- fants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infec- tieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du sys- tème nerveux { Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
{ Boucicaut	LENEGRE (J)
{ Broussais	SOULIE (P)
{ Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- { Cochin	BROUET (G)
cales { Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
{ Lariboisière	SEZE (S. de)
{ Pitié	DREYFUS (G)
{ Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- { Baudelocque	LACOMME (M)
tétricales { Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gyné- cologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent de Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie expérimentale	(AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pathologie médicale	(LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F) m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.CL)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
	{ KREIS (B)
Pneumo-phthisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
Psychiatrie	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	MM.
	DEBEYRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale...	{ NATALI (J)
	PELLERIN (D)
	{ PERROTIN (J)
	ROBERT (H)
Pathologie exotique	{ THOMERET (G)
	SCHNEIDER (J)
	BENHAMOU (J.P.)
	BERTHAUX (P)
	BOIVIN (P)
Pathologie expérimentale...	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
	MAURICE (J)
	MIKOL (Cl)
	{ RICHEL (G)
	{ AUSSANNAIRE (M)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CATINAT (J)
	CHRETIEN (J)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	COURY (C)
	ETIENNE (J.P)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	HENNEQUET (A)
	HIMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NICK (J)
	ROYER (P)
	TOURNEUR (R)
	{ WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	{ LAFOURCADE (J).
	LEPERCQ (G)
	{ MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F) m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.CL)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
	{ KREIS (B)
Pneumo-phtisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
Psychiatrie	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	MM. DEBEYRE (J)
----------	--------------------

MM.

Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP(P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

Son souvenir est toujours pour moi
un exemple et un soutien

A ma Mère

En témoignage de toute mon affection
et de ma reconnaissance

A ma Femme

A tous les Miens

A tous mes Amis

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale d'hydrologie
thérapeutique et climatologie à la Faculté
de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

En l'assurant de notre
respectueuse gratitude

A Monsieur le Docteur P.Y. PALEY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de
Paris

Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôtel Dieu de Chartres

A Monsieur le Docteur M. GOUGIS

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de
Paris

Médecin Assistant de l'Hôtel Dieu de
Chartres

Qui ont bien voulu nous confier
le sujet de cette thèse

Nous les prions de trouver ici
le témoignage de notre
reconnaissance et de notre
respectueuse gratitude

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
MANIFESTATIONS EXTRA-INTESTINALES
AU COURS DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

-:-:-:-:-

P L A N

- I - INTRODUCTION
- II - OBSERVATION PERSONNELLE
- III - OBSERVATION DE LA LITTERATURE
- IV - MANIFESTATIONS ARTICULAIRES ET RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE
- V - MANIFESTATIONS CUTANEEES ET RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE
- VI - PLACE DES MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES DANS LE CADRE DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE
- VII - DISCUSSIONS ETIOPATHOGENIQUES
- VIII - RAPPORT AVEC LE SYNDROME DE FEISSINGER-LEROY-REITER
- IX - CONCLUSION
- X - BIBLIOGRAPHIE

- I -

INTRODUCTION

-:-

"Maladie grave, de longue durée, atteignant une partie ou la totalité du côlon, prédominant à sa surface, se traduisant par un syndrome dysentérique, évoluant le plus souvent par poussées successives, finissant par entraîner une altération profonde de l'état général, et se terminant fréquemment par la mort".

La Colite ulcéreuse, ou recto-colite hémorragique, purulente et ulcéreuse est ainsi définie par RACHET, HILLEMANT et BENSAUDE. Cette maladie de l'adulte jeune, décrite pour la première fois, il y a près d'un siècle déjà, par WILKS et MOXON en 1875, rare après 35 ans, qui frappe les deux sexes mais plus spécialement la femme, et qui semble en nette augmentation, n'apparaît plus, à l'heure actuelle, comme une maladie purement intestinale.

Les nombreux travaux qui lui sont consacrés ont permis de préciser son tableau clinique et il est maintenant bien établi qu'au syndrome colitique peuvent s'associer des manifestations extra-digestives. Avec une fréquence inégale et variable, manifestations articulaires, cutanées, oculaires, ont été décrites.

C'est dans le cadre de ces recto-colites hémorragiques particulières que prend place l'observation que nous présentons. Cependant, telles qu'elles apparaissent chez notre malade, ces différentes manifestations extra-intestinales s'ordonnent d'une façon intéressante, et qui apparaît peu fréquente, à en juger du moins par la littérature.

D'une part, en effet, les manifestations articulaires ont évolué sous les traits d'une polyarthrite inflammatoire, associée à une atteinte conjonctivale bilatérale.

D'autre part, les manifestations cutanées furent dominées par la présence d'un érythème noueux.

Cette association Erythème noueux, Syndrome conjonctivo-synovial, éventualité rare au cours de la recto-colite, constitue en partie l'originalité de notre observation.

Après avoir colligé dans la littérature les observations de quelques cas identiques, nous nous proposons de reprendre tout d'abord l'étude des manifestations articulaires et cutanées, au cours de la maladie, de préciser leurs aspects cliniques et évolutifs.

Mais ces phénomènes extra-digestifs, qui peuvent évoluer parallèlement à l'atteinte intestinale, sont particulièrement intéressants dans le domaine étiopathogénique de la maladie. Ce chapitre reste encore obscur et imprécis et, des nombreuses théories jusqu'ici avancées, aucune n'a pu s'imposer d'une façon indiscutable. En agrandissant le cadre de la maladie, de telles associations aident à soulever d'intéressantes hypothèses. Notre observation, dont nous verrons l'évolution particu-

lière des phénomènes extra-digestifs par rapport à l'atteinte intestinale, nous procurera l'occasion, dans un deuxième temps, de brosser un bref tableau de ces suggestions étiopathogéniques.

Dans un dernier paragraphe, nous comparerons les formes de recto-colite présentant un syndrome conjonctivo-synovial au (1) syndrome de Feissinger Leroy Reiter (2).

- II -

OBSERVATION PERSONNELLE

-:-

Madame Elisabeth CRON ...

24 ans

mariée, sans enfants

sans antécédents pathologiques,

entre dans le service au mois d'avril

1961 pour :

Noeures dures

chaudes

douloureuses, enchassées dans le derme, siégeant d'une façon bilatérale aux membres inférieurs, dans la région des crêtes tibiales.

- Température oscillant entre 37 et 38°
- Etat général satisfaisant

L'éruption typique fait facilement poser le diagnostic d'Erythème noueux, et l'on recherche tout d'abord les signes d'une primo-invasion tuberculeuse.

On pratique :

- une cuti-réaction à la tuberculine, qui se montre négative ;
- une intra-dermo réaction à 50 unités, négative également ;
- une radiographie pulmonaire, qui ne révèle aucune anomalie.

Puis l'on s'oriente vers une autre étiologie possible, en particulier toxique, infec-

tieuse, parasitaire, mais l'examen reste totalement négatif.

L'évolution de l'érythème noueux est progressive, sans incident particulier, l'éruption disparaît, et c'est sans diagnostic étiologique que la malade quitte, au bout d'un mois, le service, en bonne santé apparente.

Deux mois plus tard, au mois de juillet, la malade entre à nouveau dans le service.

Son état est alarmant. Elle présente :

- un syndrome infectieux :
température entre 38 et 39° avec altération profonde de l'état général
asthénie importante
anorexie
amaigrissement de 4 kilogs.

- un syndrome articulaire :

Les arthralgies sont diffuses, avec douleurs plus nettes, de type osseux, siégeant à l'extrémité supérieure de l'humérus, du côté droit, à l'extrémité inférieure du fémur du même côté, et dans la région lombaire.

On note une légère diminution de l'abduction au membre supérieur, mais il n'y a pas de signes objectifs proprement articulaires.

Les radiographies ne montrent pas de lésions osseuses.

- un syndrome cutané :

La malade présente :
des éléments à types de bulles, de pustules disséminées, siégeant au niveau du thorax, des membres supérieurs, des membres inférieurs,

de volume variable, certaines très volumineuses, avec atteinte des muqueuses, en particulier des grandes lèvres.

Sur l'ensemble de la symptomatologie, on pose le diagnostic de septicémie à staphylocoque vraisemblable.

Le reste de l'examen est par ailleurs négatif, aucun signe de localisation :

ni pleuro-pulmonaire
ni cardio-vasculaire
ni urinaire
ni spléno-ganglionnaire

On demande :

une numération globulaire - formule sanguine, qui montre un chiffre d'hématies normal, une hyperleucocytose à 16.000 avec 63 p.cent de polynucléaires neutrophyles.

La vitesse de sédimentation est accélérée, les diverses hémocultures, aérobie, anaérobie, de même que l'examen et les cultures du pus des lésions cutanées, restant sans résultat.

Les prélèvements indispensables effectués, devant la gravité du tableau clinique, un traitement antibiotique est institué, comprenant :

Flabelline
Propiocrine
et T.A.O.

Sous l'influence du traitement, l'état s'améliore progressivement :

- la température tombe
- les lésions cutanées disparaissent de même que les arthralgies
- la malade reprend du poids.

On note à ce moment une petite rectorragie, que l'on met sur le compte de l'héparine, prescrite avec la Flabelline en perfusion, pour éviter la possibilité d'une phlébite.

Après un mois et demi d'hospitalisation, la malade quitte le service, en bonne santé. Seule la vitesse de sédimentation n'est pas tout à fait revenue à la normale (28 - 66 - 110).

Le 18 novembre, après une convalescence de deux mois et demi sans histoire (le 23 septembre, la malade était vue en consultation) se situe le nouvel épisode de la maladie.

A cette date, Madame CRON.... entre à nouveau dans le service, et, cette fois, pour des troubles intestinaux :

- apparus depuis 10 jours
- caractérisés par des douleurs abdominales vives, à type de coliques et de faux besoins
- une diarrhée, faite de selles nombreuses (7 à 8 par jour) afécales, renfermant des glaires et du sang.

- A ce syndrome dysentérique, s'associe :
- un syndrome infectieux avec clocher fébrile à 39-39°5,
 - une atteinte de l'état général, avec asthénie et anorexie
 - un syndrome articulaire
arthralgies frappant électivement l'articulation scapulo-humérale droite et les genoux
 - une conjonctivite bilatérale,
à prédominance droite
sans atteinte cornéenne, ni caractère particulier à l'examen du spécialiste : simple rougeur de la conjonctive bulbaire

- un syndrome cutané comprenant :
 - des éléments pustuleux, siégeant dans le dos et l'épaule gauche, mais moins nombreux que lors du précédent épisode,
 - auxquels s'ajoutent des noueures tout à fait caractéristiques par leur aspect dermique inflammatoire et leur localisation aux membres inférieurs, apparues quelques jours après l'hospitalisation (le 22 novembre).

Par ailleurs, aucun autre signe de localisation, bilan tout aussi négatif que lors de la première hospitalisation.

Devant ce tableau dont l'élément nouveau est évidemment constitué par le syndrome dysentérique, on pratique :

- une rectoscopie :
qui révèle d'emblée un aspect tout à fait caractéristique :
"exploration possible jusqu'à 15 cm. Partout la muqueuse reste congestive, avec des endroits franchement hémorragiques, surtout après tamponnement ; d'autres endroits sont recouverts d'un film muco-purulent ; l'aspect endoscopique est celui d'une recto-colite hémorragique et purulente."

- un lavement baryté :
qui confirme l'aspect habituel de la recto-colite hémorragique : bords flous, aspect un peu ouaté de l'ensemble, note un dolichocôlon global avec mégacôlon droit, précise l'étendue des lésions : atteinte du sigmoïde ; le côlon gauche sus-jacent est normal.

Les autres examens donnent les résultats suivants :

- examen parasitologique des selles : négatif

- coproculture : absence de germe pathogène
- numération-formule sanguine : hyperleucocytose à 12.000 avec 75 p.cent de polynucléaires neutrophiles.
 - vitesse de sédimentation accélérée
 - urée sanguine : 0,20
 - radio pulmonaire : normale
 - cuti-réaction et intra-dermo à 50 U: négatives
 - fibrine 7 g°/oo.
 - antistreptolysines : 800 unités
 - hémoculture : aérobie : négative
anaérobie : isole par 2 fois un bacille Gram négatif type fusiformis
 - urines : albumine 0,17 g
 - hématies/minute : 4160
 - protides totaux 77 g°/oo :
 - sérine 35
 - globuline 42 : rapport 0,83
 - électrophorèse : augmentation discrète des β et γ globulines
 - recherche de cellules de Hargraves: négative
 - électrocardiogramme : tracé normal, tachycardie sinusale.

Le traitement mis en oeuvre est le suivant :
Ganidan, puis Salazopyrine, lorsque le diagnostic a été posé
Perfusion de 20 millions Unités Pénicilline, à laquelle a été sensible le fusiformis.

L'amélioration de l'état intestinal a été très rapide, huit jours. La régression de l'état infectieux a été plus lente mais progressive.

L'amélioration des signes locaux endoscopiques n'a vraiment été influencée que lors de la mise en route des lavements à l'hydrocortisone.

Le 3 janvier 1962, la malade quitte le service totalement apyrétique, en excellent état général, avec une muqueuse rectale presque normale.

On lui conseille de poursuivre le traitement suivant à domicile : 2 lavements d'hydrocortisone par semaine, et salazopyrine 10 jours par mois.

En août 1962, nouvelle rechute, après une période d'accalmie de huit mois, pendant lesquels la malade a été vue régulièrement.

Les troubles récidivent, avec manifestations dysentériques d'une part, tout à fait caractéristique de la recto-colite hémorragique, d'autre part avec des manifestations articulaires, en particulier au niveau des chevilles, qui s'accompagnent de phénomènes inflammatoires objectifs, rougeur et chaleur, et atteinte de l'état général avec amaigrissement important.

Il est alors décidé de mettre en oeuvre un traitement par les corticostéroïdes : le Cortancyl, prescrit à doses dégressives, apporte une transformation de l'état général, de l'état local et des manifestations articulaires.

Après deux mois de corticothérapie, la malade a repris 4 kilogs, sa muqueuse rectale est tout à fait normale et un lavement baryté de contrôle ne permet pas de retrouver de signe suspect.

Par ailleurs, la malade a présenté des phénomènes d'intolérance très marqués lors des injections d'extencilline prescrit comme antibiotique de protection.

En mars 1963, la malade présente à nouveau un épisode dysentérique, isolé, qui rétrocede rapidement au même traitement.

Actuellement, la malade va bien, elle prend régulièrement 5 mg de Cortancyl par jour.

En résumé :

- La malade a présenté en avril 1961 un érythème noueux isolé.
- Trois mois plus tard, dans un tableau grave, d'allure septicémique, avec arthralgies, lésions pustuleuses et altération importante de l'état général, la malade est de nouveau hospitalisée. Sous l'influence du traitement antibiotique institué, l'état s'améliore progressivement.
- Après une période calme de plusieurs mois, survient un nouvel épisode de la maladie où apparaissent les troubles intestinaux, cliniques et endoscopiques, caractéristiques d'une recto-colite hémorragique. A cette atteinte intestinale, s'associent un syndrome conjonctivo-synovial et un érythème noueux. Les lavements d'hydrocortisone amènent une amélioration rapide de l'état intestinal et la malade quitte le service en excellent état général, avec une muqueuse rectale presque normale.
- Après une nouvelle période sans histoire, de huit mois, les troubles intestinaux récidivent, accompagnés de phénomènes articulaires, avec atteinte de l'état général. Le Cortancyl prescrit à ce moment apporte une transformation de l'état général, de l'état local et des manifestations articulaires.

Un dernier épisode se situe en mars 1963, purement intestinal, qui rétrocède rapidement au même traitement corticoïde-cortancyl.

Telle qu'elle apparaît dans cette observation, la recto-colite hémorragique offre un aspect fort différent de la forme chronique communément observée.

La première particularité tient à la richesse de son tableau clinique.

Si nous retrouvons cette évolution par poussées successives entrecoupées de périodes de rémission totale et le syndrome dysentérique qui sont à la base du diagnostic, la symptomatologie est étoffée d'un cortège de signes extra-digestifs qui prend, par son intensité, la première place du syndrome clinique pendant une longue phase de l'évolution.

L'apparition de ces phénomènes au cours de l'évolution de la maladie est tout aussi remarquable, puisque l'atteinte intestinale fut précédée de plusieurs mois par les signes extra-intestinaux.

Cette apparition anticipée des phénomènes extra-digestifs par rapport à l'atteinte intestinale fait figure d'exception et isole notre observation parmi les autres cas de la littérature, qui associent la même triade Erythème noueux - Syndrome conjonctivo-synovial.

Ces observations sont rares, et empruntées, pour la plupart, à la littérature américaine. C'est en 1954, que FOSTER et BRICK décrivent les trois premières observations présentant

cette symptomatologie, dans leur étude sur l'érythème noueux associé à la recto-colite. Quelques années plus tard, KILLEY et JACOBS rapportent à leur tour deux observations identiques. En 1961, CACHIN et ANTEBI, en France, publient une observation de recto-colite hémorragique, au cours de laquelle ils constatèrent un érythème noueux, une polyarthrite inflammatoire et une conjonctivite.

- III -

OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

-:-

Cas numéro 1 : (FOSTER J.J. - BRICK I.B.)

Cette première observation concerne une femme, âgée de 41 ans, qui est hospitalisée en août 1953.

A l'interrogatoire, on apprend que les troubles colitiques révélateurs d'une rectocolite hémorragique ont débuté deux ans auparavant. Elle est traitée par Sulfasuxidine (1) dont l'action détermine une amélioration notable. L'usage de sulfasuxidine a cependant été interrompu depuis 1 mois.

Dans les semaines précédant son admission, la malade précise avoir présenté une rougeur des yeux, suivie une semaine plus tard de lésions cutanées rouges, chaudes, douloureuses apparaissant sur les jambes, dans la région pré-tibiale avec quelques éléments au creux poplité. Les jambes par ailleurs commencent à enfler quelques jours plus tard. A ces manifestations s'associent une élévation de la température avec frissons et douleurs articulaires localisées aux genoux et au coude droits. Parallèlement, elle note une recrudescence des selles qui passent à dix par jour.

(1) Thiacyl Théraplix.

De nouveaux éléments cutanés apparaissent dans les deux semaines suivantes, tandis que certains anciens éléments prennent une teinte bleutée.

A l'examen :

Il s'agit d'une femme maigre , la température est à 37°8, qui présente :

- un syndrome articulaire chevilles et genoux sont douloureux, chauds légèrement oedématisés.
- un syndrome cutané : noueuses surélevées, rouges, chaudes, douloureuses siégeant à la face antérieure des jambes, quelques éléments à la face postérieure.
- un syndrome oculaire : inflammation de la conjonctive palpébrale et bulbaire bilatérale.

La rectoscopie montre une muqueuse hyperémique et granuleuse, saignant facilement, de nombreuses ulcérations et érosions, et une exsudation muco-purulente.

Le lavement baryté précise l'atteinte localisée au sigmoïde.

Les examens de laboratoire sont, par ailleurs, normaux, exceptée une anémie légère.

L'examen cardiaque est normal.

L'examen pulmonaire montre quelques calcifications hilaires.

Durant les deux premiers jours de son hospitalisation :

- la température oscille entre 37°7 et 38°3
- les selles sont au nombre de 8 à 10 par jour
- les arthralgies persistent
- les lésions cutanées restent inchangées.

Dès le quatrième jour, elle reçoit 20 mg d'A.C.T.H en perfusion, toutes les 8 heures, ceci pendant 5 jours ; ce qui détermine une amélioration franche de toute la symptomatologie, y compris diarrhée, fièvre, oedème des articulations et disparition de la conjonctivite. On réduit graduellement l'A.C.T.H. que l'on fait suivre par 150 mg "per os" par jour de cortisone, réduite jusqu'à 80 mg, associée à 0,50 g de sulfatalidine (1), 4 fois par jour. Mais, à l'arrêt du traitement corticoïde, on note une rechute de la recto-colite, où apparaissent de nouveau des manifestations articulaires et des éléments d'érythème noueux, sans conjonctivite. La reprise du traitement par la cortisone reste sans effet sur les lésions cutanées.

Cas numéro 2 : (FOSTER J.J. - BRICK I.B.)

Ce nouveau cas concerne une femme de 52 ans dont la recto-colite a débuté en mai 1951, par une diarrhée sanglante, accompagnée d'un amaigrissement notable. Une première hospitalisation en octobre 1951 résulte d'une rechute de la maladie. La sigmoïdoscopie montre alors une muqueuse enflammée, mais sans ulcérations au niveau du rectum.

Le lavement baryté précise l'atteinte à tout le côlon. A cette époque, quelques éléments ecchymotiques sont notés au niveau des membres inférieurs.

La malade est revue à la consultation en février 1953 pour une nouvelle rechute : augmentation des selles, douleurs abdominales et baisse de poids :

(1) Talidine Midy.

- les articulations sont douloureuses, en particulier les chevilles, les genoux, les épaules, les poignets, et sont oedématisées.
- des éléments cutanés, faits de lésions aéro-laires ecchymotiques, sont notés sur les jambes et les cuisses, légèrement surélevés et douloureux, de petite taille (1 x 0,5 cm).

La malade précise que ces éléments sont apparus au début sous un aspect différent, simplement rouges et surélevés, ne prenant cet aspect ecchymotique qu'après un ou deux jours. Les plus anciens disparaissent graduellement en une à deux semaines.

- Enfin les yeux sont rouges. La malade se plaint d'une sensation de brûlure et d'une légère photophobie.

Mise au traitement symptomatique (antispasmodique et sulfatalidine), l'atteinte intestinale régresse, mais, pendant les trois mois d'observation qui suivent :

- les arthralgies
- l'atteinte conjonctivale
- les lésions cutanées

régressent et réapparaissent alternativement.

Un examen sanguin complet ne montre rien de particulier.

En juin 1953, un traitement d'essai par la cortisone est entrepris : 50 mg par jour pendant 4 semaines.

Pendant cette période, l'amélioration fut nette. Les doses furent réduites à 25 mg par jour pendant 2 semaines, puis stoppées. Cet arrêt fut suivi immédiatement d'une rechute sévère, avec amaigrissement, nécessitant l'hospitalisation.

Les lésions ecchymotiques qui siègent aux membres inférieurs, étendues des chevilles au scarpa, sont douloureuses et dures ; la malade mentionne que, comme à l'habitude, elles ont été précédées de nodules érythémateux.

On note de plus une conjonctivite.

Un traitement par A.C.T.H fait regresser les lésions cutanées.

Le lavement baryté objective l'atteinte typique de recto-colite à tout le côlon.

La sigmoïdoscopie montre une muqueuse friable et hyperémique, sans ulcération.

Une rémission totale de la recto-colite succède à la rechute, seul un élément cutané est noté.

Cas numéro 3 : (FOSTER J.J. - BRICK I.B.)

Cette femme de 41 ans, porteuse d'une recto-colite depuis six ans, entre pour la troisième fois à l'hôpital en juin 1953.

Histoire de la maladie :

- En juillet 1950, elle est hospitalisée pour une poussée de la maladie, et présente :

fièvre, diarrhée, anémie, amaigrissement, douleurs articulaires aux chevilles et genoux, une conjonctivite, des lésions cutanées diagnostiquées érythème noueux.

Le lavement baryté révèle une atteinte étendue à tout le côlon.

La sigmoïdoscopie montre des lésions ulcéreuses et des pseudopolypes ; on note également l'existence d'une fistule anale. Un trai-

tement par sulfasuxidine, streptomycine et transfusions de sang est institué.

En janvier 1951, seconde hospitalisation pour une nouvelle rechute de la recto-colite, associée à une infection respiratoire, mais sans aucune manifestation cutanée, articulaire ou conjonctivale.

A l'entrée :
en juin 1953, la malade se plaint de diarrhée importante, d'amaigrissement et de douleurs articulaires.

Le lavement baryté montre des lésions très marquées de la muqueuse.

La sigmoïdoscopie visualise les ulcérations de la partie inférieure du sigmoïde. On pratique une biopsie qui ne montre aucun signe de malignité.

A l'examen, on note :
- douleur de la cheville gauche ;
- sur la face antérieure des deux jambes, six à huit noueures, chaudes, douloureuses, surélevées, qui imposent le diagnostic d'érythème noueux ;
- une fébricule légère .

Les examens complémentaires pratiqués montrent :

numération-formule sanguine	: 12.700 blancs
vitesse de sédimentation	: 46, première heure
hématocrite	: 40 p.cent
hémoglobine	: 13 mg

Un traitement A.C.T.H est entrepris : 20 mg toutes les huit heures, en intra-veineuses, que l'on réduit progressivement : les lésions cutanées regressent. Le syndrome intestinal

s'améliore. Seule, persiste la douleur articulaire de la cheville gauche. L'état général est nettement amélioré, et une nouvelle sigmoïdoscopie objective une légère amélioration des lésions.

La malade quitte l'hôpital avec le traitement suivant : sulfathaladine, 1 g trois fois par jour.

Cas numéro 4 : (CACHIN M. - ANTEBI L.)

Ce dernier cas nous est rapporté par la littérature française.

1°- Madame T... 48 ans, sans antécédents particuliers, présente en mars 1958, un premier épisode diarrhéique sévère, hautement fébrile, avec selles nombreuses, fétides, liquides, contenant des glaires et du pus, mais non sanglantes.

L'amaigrissement atteint 12 kilogs en quelques semaines.

La malade est hospitalisée en province : les examens de selles s'avèrent négatifs et un traitement par la néomycine est instauré.

L'amélioration, cependant, est très lente, et une évolution franchement favorable n'est obtenue qu'après trois mois d'hôpital. D'août 1958 à novembre 1959, la guérison semble totale, Madame T... reprend une vie normale et n'a qu'une seule selle par jour.

2°- Un second épisode apparaît en novembre 1959. Cette fois, les selles sont au nombre de 4 à 10 par jour, et sont non seulement purulentes, mais aussi sanglantes et s'accompagnent de vives douleurs abdominales. Cet épisode cependant se résout en quelques semaines.

3°- C'est à l'occasion d'un troisième épisode, qui débute en avril 1960, que cette malade est admise à l'Hôpital Lariboisière dans un état assez alarmant.

Les selles, au nombre de 10 à 15 par jour, sont constituées par des glaires et du pus. Certaines sont modérément sanglantes. L'état général est atteint, l'asthénie profonde, la température entre 38 et 39°, le foie légèrement augmenté de volume.

L'examen des selles les montre presque complètement afécales, essentiellement constituées de muco-pus hémorragique. La recherche d'amibes et de parasites s'avère négative à plusieurs reprises, de même que celle du Bacille de Kock. Les coprocultures ne révèlent que la présence de cocci du type entérocoque.

A la rectoscopie, la muqueuse apparaît rouge, très congestive et hypersecrétante, avec des traînées de muco-pus, mais il n'y a pas d'ulcérations, pas de saignement au contact, et l'aspect n'est pas typique d'une recto-colite hémorragique.

Par contre, le lavement baryté montre une perte des haustrations au niveau du côlon descendant et surtout, il permet de mettre en évidence des aspects d'ulcérations avec bords effilochés, dentelés, mités, particulièrement nets sur toute la moitié gauche du transverse. Les aspects d'insufflation objectivent également dans cette zone des modifications évidents du liséré muqueux.

Voici par ailleurs les résultats de quelques explorations complémentaires :

Vitesse de sédimentation : 72 - 113 - 140

Numération - formule : G.R. 4.390.000

G.B. 12.200

Polynucléaires 80 p.cent

Eosinophyles 3 " "

Lymphocytes 11 " "

Monocytes 6 " "

protides 62 g sérine 30 globuline 32
cholestérol 1,35 estérifié 0,75 rapport 0,56
Mac Lagan 19 Meunier Kunkel 18 Meunier Gros 1,5
Potassium 3,2 mEq/l Sodium 123 mEq
Chlore 97 mEq

Soulignons l'hypoalbuminurie et l'hypoka-
liémie, constatations d'ailleurs classiques
dans les formes sévères de colite ulcéreuse.

En plus de la rééquilibration électrolytique
et de la vitaminothérapie, le traitement com-
porte tout d'abord l'administration de néo-
mycine (3 g par jour) ; devant l'échec rela-
tif de cette médication, on adjoint 8 mil-
lions d'unités de colimycine per os. Le 2
juin, c'est-à-dire 48 heures après le début
de ce traitement, se manifeste brusquement
le plus typique des érythèmes noueux : les
noueures tout à fait caractéristiques appa-
raissent d'abord sur la face antérieure des
genoux, puis sur les deux jambes, cinq à six
éléments de chaque côté.

Deux jours plus tard, des polyarthralgies
atteignent tout d'abord les articulations
des deux mains, puis le coude et l'épaule
droites, les deux genoux, enfin le poignet
droit. Ces articulations sont rouges, chaudes,
douloureuses.

Enfin, le 5 juin, une conjonctivite bilaté-
rale assez intense vient compléter le tableau:

l'ophtalmologiste précise que l'atteinte cornéenne est négligeable.

A cette date, le taux des antistreptolysines est normal (100 U/ml) ; la réaction de Waaler Rose est négative. L'électrophorèse donne les résultats suivants :

A 41 %	α_1 6,5 %	α_2 13,5 %	β 12 %
γ 27 %			

Plusieurs hémocultures seront négatives. Enfin, une nouvelle coproculture permet d'isoler un proteus.

A partir du 6 juin, la corticothérapie est mise en oeuvre, sous la forme de 30 mg par jour de prednisone. Cette thérapeutique entraîne une chute rapide de la température et une amélioration de l'état général. Son action sur les divers éléments du tableau clinique est par ailleurs dissociée. Très incomplète sur la diarrhée (une certaine diminution du nombre des selles), elle est spectaculaire sur la conjonctivite et les arthralgies qui s'effacent en quelques jours, mais beaucoup moins nette sur l'érythème noueux dont les éléments présentent leur évolution habituelle, pour ne disparaître complètement que le 17 juin.

Malheureusement, la prednisone détermine des épigastralgies assez vives, qui nécessitent son arrêt le 18 juin. Dès le 21 juin, on note une rechute de la conjonctivite, accompagnée de douleurs dans le poignet droit. Trois jours plus tard, nouvelle poussée rhumatismale, atteignant à peu près les mêmes articulations que la première fois, en particulier les poignets et le genou droit, siège d'un épanchement important. Enfin le

26 juin, l'érythème nouveau fait à son tour sa réapparition, sous la forme, cette fois, de petites noueures sur les deux jambes, accompagnées de taches érythémateuses sur les bras et le visage.

La prednisone est alors reprise à doses faibles (15 mg par jour), entraînant à nouveau une disparition rapide, d'abord des arthralgies, puis des manifestations cutanées, en même temps qu'une diminution de la diarrhée. Des douleurs gastriques obligent à l'interrompre de nouveau, au dixième jour, mais la rechute se limitera cette fois à l'apparition fugace d'éléments érythémateux sur les mains et les avant-bras.

Parallèlement, a été mise en oeuvre une thérapeutique locale par lavements d'hydrocortisone, dont l'effet paraît très favorable. La malade quitte le service le 21 juillet, en bon état général ; les selles sont normales, la rectoscopie montre une muqueuse gastrique atrophique. Les protides sont remontés à 81 grammes.

4°- Un quatrième épisode débutera deux mois plus tard, en septembre 1960. Nous serons brefs sur lui, bien qu'il ait été sévère avec une atteinte profonde de l'état général, une chute des protides à 58 g, avec une séri-
ne à 23 g et une hypokaliémie à 2,9 mEq. Il n'y a pas eu, en effet, de manifestations articulaires ou cutanées au cours de cette nouvelle poussée, et l'effet de la prednisone (40 mg) cette fois bien tolérée, a été remarquable. La malade a quitté le service en bon état le 3 décembre 1960.

Cas numéro 5 : (KELLEY M.J. - LOGAN V.W)

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, hospitalisée en 1950 pour troubles intestinaux, et présentant une recto-colite hémorragique ayant débuté plusieurs années auparavant.

Le début des troubles remonte à 1945.

A cette époque, la malade présente des selles nombreuses et sanglantes, accompagnées de fièvre et d'amaigrissement. Elle est anémique et deshydratée. Les examens radiographiques et la rectoscopie font le diagnostic de recto-colite hémorragique, et précisent l'étendue des lésions atteignant la totalité du côlon. Un traitement d'une semaine par la sulfasuxidine ne donne aucune amélioration. Au cinquième jour de son hospitalisation, apparaissent, sur les deux jambes des noueures chaudes, rouges et douloureuses. On note, de plus, que le genou gauche est rouge et oedématié ; la température est à 39°. Un électrocardiogramme pratiqué à cette époque se révèle normal.

Une semaine plus tard, de nouvelles noueures apparaissent : un traitement par pénicilline et sulfasuxidine (6 g par jour) améliore l'état de la malade et le vingt sixième jour, les lésions cutanées ont disparu.

Durant les quatre années suivantes, la malade fait cinq rechutes, mais sans manifestations extra-digestives.

En novembre 1949, nouvelle poussée :

- les selles sont très nombreuses, liquides
- la température est à 40°
- on note la présence d'une conjonctivite avec

photophobie et le troisième jour, des nouvelles douloureuses apparaissent sur la face antérieure des jambes. L'électrocardiogramme est normal. Le traitement associe Auréomycine, Pénicilline, Streptomycine et transfusion de sang.

Au vingtième jour, la conjonctivite a regressé, les lésions cutanées et les douleurs articulaires ont pratiquement disparu.

Après cinq semaines, la malade est apyrétique et va bien. Elle a quatre selles par jour, moulées. Les lésions cutanées ont disparu complètement ainsi que la polyarthrite, et les conjonctivites ont un aspect normal.

En 1950, de nouveau hospitalisée :

Les selles sont nombreuses (20 par jour), s'accompagnent d'hyperthermie. L'état général est altéré. L'atteinte colitique est étendue à tout le côlon. Le cinquième jour, apparition d'éléments cutanés, rouges et douloureux, de petit diamètre (1 x 1,5 cm), siégeant sur la face antérieure des deux jambes. Un élément est noté au bras gauche. Parallèlement, la malade accuse une douleur au genou gauche, qui est oedématié.

Les lésions cutanées regressent lentement, puis au dix neuvième jour, de nouveaux éléments apparaissent, tandis que de nouvelles douleurs articulaires atteignent le coude gauche, le poignet et le genou droits. Les tests tuberculeux sont négatifs. La radiographie pulmonaire est normale. Au bout de trois semaines manifestations cutanées et articulaires ont disparu. En octobre 1950, la malade subit une colectomie totale avec iléostomie. Depuis lors, avec un recul de

de trois ans, son état est excellent, avec, en particulier, aucune autre manifestation articulaire ou cutanée.

Cas numéro 6 : (JACOBS M.J.)

Nous n'avons, pour ce dernier cas, qu'un résumé de l'observation rapportée par JACOBS. Il concerne un homme de 40 ans, souffrant depuis plus d'un an de recto-colite hémorragique. L'atteinte intestinale est étendue à tout le côlon, avec lésions caractéristiques à la rectoscopie. Au cours d'une rechute où l'état général est gravement altéré, le malade présente une atteinte polyarticulaire associée à une conjonctivite et à un érythème noueux dont on précise le siège aux membres inférieurs, au thorax, au cou et à la face.

- IV -

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES ET
RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

-:-

L'association d'un rhumatisme à la colite ulcéreuse est maintenant bien connue.

YEOMANS, dès 1921, signale 4 cas de complications articulaires sur 65 malades atteints de colite ulcéreuse chronique. UDAONDO, GALLIART, MONES rapportent des cas identiques. VOLTA, en 1928, cite la statistique de BARGEN à la clinique Mayo : 60 complications articulaires sur 1500 cas. JACKMANN, BARGEN, HELMOTZ, chez 95 enfants atteints d'"ulcérative colitis", relèvent 6 complications d'arthrite, soit 6,3 p.cent, et comparant ces faits avec 871 cas de l'adulte, trouvent exactement le même pourcentage d'arthrite (55, soit 6,3 p.cent). ELITZACK et WIDERMAN signalent l'apparition d'arthralgies et d'arthrite au cours de poussée de colite ulcéreuse chez 23 enfants. ARNOUS et CLAISSE rapportent par la suite deux observations. Signalons encore deux observations de HERVO, une de LIEVRE et WATTEBLED, celle de WEILL HALLE et LAMBLING. De leur côté, DEMOLE, COURVOISIER et KRAFTE relatent deux autres cas de colite ulcéreuse avec arthropathie. DEMOLE, HILLEMAND publient un nouveau cas, tandis que SERRE SIMOND rapportent quatre observations. Dernièrement, DESCAYRAC, dans sa thèse inspirée par Charles DEBRAY, CACHIN ANTEBI, en 1961, fait cas de nouvelles obser-

vations de recto-colite hémorragique avec atteinte des jointures.

Les manifestations articulaires ne sont pas rares dans les pays anglo-saxons.

AUTEURS (7)	NOMBRE DE CAS		P/100
	COLITES	ARTHRITES	
YEOMANS	65	4	6,1
WILLARD	66	5	7,5
JANKELSON	145	12	8,3
RICKETTS	206	12	5,8
WARREN	180	5	3
RICE OXLEY	129	7	5,4
SLOAN	2.000	155	7,7
BROWN	150	11	7,5
DENNIS	267	19	7,1
	3.208	230	6,9 %

L'indice, en France, paraît plus faible, inférieur à 2,5 p.cent dans la statistique de RACHET et BUSSON. Toutefois, DESCAYRAC, dans sa thèse, conclut à la relative fréquence de ces manifestations (6 p.cent), surtout si l'on tient compte non seulement des grandes arthropathies, mais aussi des formes à minima et il est permis de penser qu'un interrogatoire serré des malades atteints de recto-colite hémorragique, un examen minutieux du système articulaire, enfin une surveillance à long terme, amèneraient une augmentation notable du pourcentage de complications ostéo-articulaires au cours de la recto-colite hémorragique.

Aspects cliniques :

1°- Manifestations dysacromégaliqes : hippocratisme digital et ostéo-arthropathie hypertrophiante de Pierre Marie (DESCAYRAC).

Si les affections pulmonaires et les cardiopathies représentent la cause majeure de l'hippocratisme digital et de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, l'origine intestinale de ces affections, quoique plus rare, mérite de retenir l'attention.

C'est à AUGIER, élève de A. BENSAUDE, que revient le mérite d'avoir rapporté, dans sa thèse (1932), les premiers cas d'arthropathies au cours de la polypose recto-colique.

Dans la littérature étrangère, on trouve d'assez nombreuses observations d'hippocratisme digital et d'ostéo-arthropathie hypertrophiante au cours des recto-colites hémorragiques, affections qui sont, on le sait, moins fréquentes dans notre pays (SCHLICHE et BARGEN, ELITZACK et WIDERMANN (1941), BROWN, KASICH et WEINGARTEN (1951).

La fréquence absolue paraît faible, les causes pulmonaires ou thoraciques sont les plus importantes de beaucoup. Il n'en est plus de même si l'on considère la fréquence relative au cours des affections intestinales chroniques et sévères. Ainsi, il semble que pour peu qu'une affection colique ait une longue durée et qu'elle entraîne des troubles importants, le développement de l'hippocratisme est assez commun.

DESCAYRAC l'observe associé à une rectocolite hémorragique, ancienne, peu évolutive, avec pseudo-polypes inflammatoires.

L'aspect clinique se superpose exactement à celui des arthropathies d'origine thoracique : déformation des doigts, nette ; les ongles sont incurvés dans les deux sens, mais plus dans le sens longitudinal ; les phalanges sont épaissies en baguette de tambour ; les orteils sont souvent atteints de la même déformation.

L'affection s'installe lentement, sans douleurs ; elle peut disparaître si l'affection guérit. Radiologiquement, l'os est indemne. A côté des déformations monstrueuses existent des cas plus légers où seuls les ongles, anormalement bombés, attirent l'attention.

L'ostéo-arthropathie de Pierre Marie est rare.

L'observation de COSTE - GALMICHE et SORS (1948) en donne les caractères essentiels :

à côté de l'hippocratisme digital, on constate d'une part une augmentation globale des dimensions des mains et des pieds ; non seulement les doigts et les orteils sont épaissis et boudinés, mais les régions métacarpo-phalangiennes, les poignets, parfois même les chevilles, les coudes, les genoux sont infiltrés. D'autre part, le malade accuse, de manière non constante d'ailleurs, des douleurs des jointures, accompagnées de troubles vaso-moteurs. Surtout, on note des altérations radiologiques, ostéophytose sous-périostée, occupant surtout la partie distale du radius et du cubitus, du tibia et du péroné : augmentation de la transparence du squelette prédominant au niveau des régions hypertrophiées.

L'évolution ne diffère pas de celle de l'hippocratisme.

Au total, la dysacromégalie, au cours de la recto-colite hémorragique, reste d'une fréquence faible (2 cas sur 17 recto-colites hémorragiques).

Algies diverses : elles ne donnent lieu à aucune étude précise, en raison de l'absence d'objectivité de ce symptôme isolé : mais elles sont fréquentes, on trouve souvent par l'interrogatoire des phénomènes algiques divers (5).

Melle F... Colette souffre de douleurs quasi constantes de la région lombo-sacrée depuis le début de son affection intestinale.

Mr.S... Roger se plaint de douleurs rares et fugitives de la région lombaire.

Mr.G... Paul présente également des douleurs rhumatismales au niveau de la région lombaire, ainsi qu'un hippocratisme digital évident.

Mr.V... Maurice s'est plaint pendant longtemps de douleurs intercostales.

Mr.B... Joseph se plaint de douleurs rachidiennes et de lumbago du côté gauche.

Mme B... Elisabeth présente des douleurs "sciaticques", fréquentes, de même que :

Mme B... Claude, qui a présenté en outre à plusieurs reprises des phénomènes fluxionnaires des genoux et des chevilles.

Affection polyarticulaire : elle apparaît comme la manifestation la plus fréquente, environ 42 p.cent des associations rhumatisme-colite ulcéreuse. Sur 285 cas d'association rhumatisme-colite ulcéreuse, 110 cas correspondent à ce type pour PFINNINGER (31).

Les troubles articulaires se localisent aux grosses articulations, surtout les genoux;

puis chevilles, épaules, coudes ; beaucoup plus rarement aux petites articulations, les interphalangiennes surtout.

Plusieurs d'entre elles sont touchées en même temps, réalisant une polyarthrite inflammatoire.

Les articulations sont rouges, chaudes, oedématisées ; la mobilisation est douloureuse de même que la palpation des insertions ligamentaires. L'inflammation péri-articulaire est souvent très marquée.

L'atteinte des genoux se traduit fréquemment par une hydarthrose. L'épanchement est parfois important. La ponction précise les caractères du liquide ; inflammatoire, riche en albumine et en leucocytes, polynucléaires ou lymphocytes. Parfois, le liquide est puriforme, mais l'examen bactériologique s'avère toujours négatif ; on n'y décèle jamais de germes.

Ces manifestations évoluent sur le mode subaigu, par poussées successives, de quelques semaines, entre lesquelles elles peuvent rétrocéder complètement.

Le pronostic de ces arthropathies est en général favorable. Elles ne laissent aucune séquelle fonctionnelle, même si parfois on a pu observer quelques lésions radiologiques temporaires et discrètes sous forme d'érosion du cartilage.

Parfois cependant, elles peuvent évoluer vers l'ankylose et être le point de départ d'une polyarthrite chronique évolutive ou d'une spondylarthrite ankylosante.

Spondylarthrite ankylosante : H. SERRE, L. SIMON montrent que l'association d'une pelvi-spondylite rhumatismale à la recto-colite hémorragique ne peut être considérée comme une simple coïncidence. Sur un lot de 103 cas de spondylarthrites, ils ont observé quatre cas indiscutables de recto-colite. FERNANDEZ-HERLIMY (9) évaluent sa fréquence au cours de la maladie à 5 p.cent dans 555 cas, ZUAIFLER et MARTEL à 6 p.cent, ACHESSON à 3 p.cent. Ce dernier a rapporté le nombre le plus élevé d'association et, à partir d'études statistiques, il peut affirmer que les sujets atteints de recto-colite hémorragique ont vingt fois plus de chances que les autres de réaliser une pelvi-spondylite rhumatismale.

Deux tableaux font la synthèse de ces quatre cas.

La recto-colite hémorragique est chaque fois incontestable.

La pelvi-spondylite est affirmée par la constatation d'une sacro-iléite bilatérale, dans deux cas au stade I, et dans les deux autres aux stades II et III. Il existe des signes vertébraux, mais à deux reprises, ils doivent être recherchés avec attention, l'ossification ligamentaire étant précise, mais seulement ébauchée.

Elle ne diffère en rien des formes classiques. Les auteurs signalent seulement pour leurs quatre observations la prépondérance masculine. Par ailleurs, ils notent que le diagnostic de pelvi-spondylite rhumatismale ne pouvait être fait cliniquement dans deux observations, qui se présentaient essentiellement sous la forme d'une polyarthrite périphérique, et retrouvent chez d'au-

ASPECTS CLINIQUES	R.C.H.								P.S.R.			IRITIS	WALLER ROSE LATEX
	CLINIQUE	LAVEMENT BARYTE	RECTOSCOPIE	PARASITES GERMES	SACRO ILIITE BILATERALE	VERTEBRATE	PERIPHERIQUE	RHIZOMELIQUE					
Mai	+	+	+	0	I	+	++	0					0
Rab	+	+	+	0	.	+	++	0					0
Fab	+	+	+	0	II	++	+	+	+		+		0
Pec	+	+	+	0	III	++	0	++					0
TOTAL	4	4	4	0	4	4	3	2			1		0

Recto-colite hémorragique et spondylarthrite ankylosante

OBSERVATIONS	MODE DE DEBUT			AGE DE DEBUT			RECU L		E V O L U T I O N			
	P.S.R.	R.C.H.	Les 2	P.S.R.	R.C.H.	Laps temps	P.S.R.	R.C.H.	SIMULTANEE	INDEPENDANTE	P.S.R: stade	R.C.H: stade
Mai			+	38	38	0	1	1	+		I	I+
Rab		+		39	32	7	1	8	+		I	++
Fab		+		43	40	3	10	13	0	+	III	+++
Pec	+			14	23	9	25	11	+		III	++
TOTAL	1	2	1						3	1		

tres auteurs la même difficulté.

L'examen des articulations sacro-iliaques et la recherche de signes rachidiens au cours de la recto-colite hémorragique doivent être systématiques dès qu'il existe des manifestations articulaires périphériques.

Polyarthrite chronique évolutive (31) :
Les manifestations articulaires périphériques peuvent prendre l'allure évolutive de celle de la polyarthrite chronique évolutive ; l'état articulaire évoque bien cette affection. Cependant, la majorité des manifestations articulaires périphériques au cours de la recto-colite hémorragique ont une réaction de Waaler Rose et un test au latex négatifs. Quelques cas ont une réaction positive et sont considérés comme une coïncidence. Quelques auteurs insistent sur le fait que ce rhumatisme "colique" touche plus volontiers les articulations interphalangiennes que le carpe et les métacarpo-phalangiennes, et qu'il est plus souvent asymétrique que la polyarthrite chronique évolutive. Sur 285 cas d'association rhumatisme-colite ulcéreuse, il n'est relevé que cinq cas de polyarthrite chronique évolutive certaine avec réaction au latex et de Waaler Rose positives, dont trois avaient commencé plusieurs années avant la première manifestation colitique.

- V -

MANIFESTATIONS CUTANÉES ET
RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

-:-

Au cours de la recto-colite hémorragique, les manifestations cutanées sont classiques, sinon fréquemment observées. Dès 1929, BARGEN à la Mayo Clinique, pouvait relever 17 cas de recto-colite hémorragique compliqués de manifestations cutanées sur un total de 693 malades, soit 2,5 p.cent. SAMITZ, GREENBERG obtenaient un pourcentage beaucoup plus élevé de 34 p.cent, soit 65 cas sur 189 malades. KELLEY réunit 44 nouveaux cas sur 119, s'étalant sur une période allant de janvier 1949 à décembre 1954. MASSOL, en 1958, dans une thèse inspirée par DUBARRY, trouve, sur 15 cas de recto-colite, 5 fois des manifestations cutanées. Plus récemment, GIRARD, BEL, COULOT, VALLON et BOUCHUT, sur 101 observations, isolent 10 malades atteints de lésions cutanées.

(Voir tableau page suivante)

ANNEES	AUTEURS (23)	NOMBRE DE CAS DE RECTO-CO- LITE HE- MORRAGIQUE	NOMBRE DE CAS AVEC MANIFESTA- TIONS CU- TANÉES	%
1929	BARGEN	693	17	2,5
1935	HURST	40	1	2,5
1946	RICKETTS	206	22	10,7
	PALMER			
1949	WARREN	180	16	9
	SOMMERS			
1950	RICE OXLEY			
	TRUELOVE	129	12	9,3
1951	BROWN	147	17	11,6
1951	SAMITZ	189	65	34
	GREENBERG			
1957	BANKS	245	31	12,6
1958	BACON	317	7	2,2
1958	HIGHTOWER	220	13	6

Le tableau ci-dessus totalise 201 cas sur 2366, ce qui représente 8,5 p.cent d'associations recto-colite hémorragique - manifestations cutanées.

Aspects cliniques : Les lésions cutanées rencontrées au cours de la recto-colite hémorragique sont nombreuses et diverses, pouvant atteindre non seulement les téguments mais aussi les muqueuses. Tous les degrés peuvent s'observer, du simple érythème à la pyodermite gangréneuse. Les unes sont sans spécificité, sans lien étroit avec la recto-colite. D'autres sont plus caractéristiques, voire spécifiques.

ERYTHEME NOUEUX ET R.C.H I (22)

AUTEURS	ANNEES	NOMBRE DE R.C.H.	FORMES AVEC E.N.
JACKMAN et BARGEN	1940	776 Adultes 95 Enfants	9 Adultes 1 Enfant
ELIZTAK WIDER- MANN	1941	23 Enfants	3
TRUELOVE RICE OXLEY	1950	129	4
SAMITZ GREEN- BERG	1951	189	8
ROWE AND ROWE	1954	138	4
FOSTER BRICK	1954	34	7
STRONG MEMO- RIAL HOSPITAL	1949- 1954	71	6
TOTAL		1458	42

DATE D'APPA- RITION	AGE SEXE	ANCIEN- NETE DE LA R.C.H.	R.X.	R.C.H EN ACTI- VITE	ETENDUE DES LE- SIONS COLITI- QUES	ANTECEDENTS ALLERGIQUES	TESTS A LA TUBER- CULLE	TRAITE- MENT	EVOLUTION
MARS 49	F 21	11 mois	-	+	Atteinte totale du côlon	sans	-		habituelle
FEV.51					Côlon des cendant sigmoïde & rectum	sans	non faits		ulcération d'un élément
AV.51	F 52	1 an ½	-	+	Atteinte totale & rectum	sans	-		habituelle
AOUT 45									
DEC.49	F 22	10 mois	-	+	Atteinte totale & rectum	sans	-		habituelle
AOUT 50									
AOUT 52	M 25	1 an ½	-	+	Atteinte totale & grêle terminal	Rhume des foins ds enfance	non faits	Corti- sone	Ulcération de 2 élé- ments
DEC.49	F 18	3 ans	non fait	+	Atteinte tot.& rectum	Manifes- tations cutanées	non faits		habituelle
MAI 54	M 20	3 ans	-	+	Côlon desc. & sigmoïde	sans	non faits		habituelle

Erythème multiforme : (23)

Il peut apparaître, soit sous la forme de petites plaques érythémateuses, non douloureuses, sans relief, nombreuses, discrètes (1 cm de diamètre), siégeant essentiellement sur les membres, apparaissant par poussées, un certain nombre d'entre elles se recouvrant d'une vésicule qui, bientôt, se flétrit ; soit sous forme de petites plaques circulaires, légèrement surélevées, rouge sombre, siégeant sur les membres et la face, évoluant très vite vers l'aspect bulleux.

Erythème multiforme bulleux : (23)

Eléments de taille plus grande, deux à cinq cm recouvrant tout le corps, mais respectant la face et le cou, d'emblée bulleux, contenant un liquide clair et séreux, parfois séro-sanguinant. Bulles qui se flétrissent et se recouvrent d'une petite croûte. Les auteurs précisent l'absence de signe de Nikolski. Le diagnostic d'érythème multiforme bulleux est parfois difficile avec le pemphigus.

Erythème en plaques : (11)

Placards légèrement infiltrés, siégeant au niveau des membres inférieurs et du dos des mains.

Erythème noueux et colite ulcéreuse :

Peu signalé en France, BARGEN en donnait une description d-s 1929. Une revue de la littérature, portant sur 1.387 observations, permet à KELLEY et LOGAN d'avancer le chiffre de 2,5 p.cent, tandis qu'un travail analogue, effectué par PLACITELLI, aboutit à une incidence de 8 p.cent. YARNIS et CROHN, étudiant 140 cas de formes segmentaires, notent un éry-

thème noueux dans 14 observations (10 p.cent).

L'aspect clinique de ces érythèmes noueux est d'ordinaire très typique. Nodules enchassés dans le derme, chauds, rouges et douloureux, siégeant avec prédilection au niveau des crêtes tibiales des membres inférieurs. JACOBS signale cependant que des éléments ont pu être notés au niveau du tronc, du cou et de la face. Les différents éléments évoluent sans complications, en passant par les différents stades de la biligénie, mais il est des cas où une évolution vers l'ulcération est signalée. CACHIN, ANTEBI signalent aussi un cas demeuré unique de KELLEY et LOGAN, au cours duquel apparurent des adénopathies hilaires, ce qui réalisait le tableau d'un syndrome de Löfgren.

Urticaire, Oedème de Quincke (11)

Madame C... 59 ans, a toujours été sujette à des poussées urticariennes et à des manifestations allergiques de type oedème de Quincke, avant que n'apparaisse, dans l'été 1959, un syndrome typique de recto-colite hémorragique.

Eczéma :

KELLEY en rapporte 4 cas sur 44 recto-colites hémorragiques. MASSOL 2 sur 15 cas. GIRARD rapporte les deux observations suivantes :

- Madame G.. 51 ans, présente depuis 1955, une diarrhée comportant 3 selles par jour, et en 1959, se constitue un syndrome dysentérique dont la rectoscopie montre la nature recto-colitique, cependant que la radiographie colique montre une perte des haustrations et un aspect inflammatoire du sigmoïde. Entre les poussées de recto-colite, cette malade présente un eczéma.

- Madame Ras... 42 ans, présente une recto-colite hémorragique et un ulcère duodénal qui évoluent alternativement depuis 1945. En février 1957, apparaît un eczéma des deux jambes. Quelques jours plus tard, se déclenche une poussée de recto-colite. En 1959, réapparition d'un eczéma au niveau des plis de flexion, eczéma très prurigineux qui sera suivi, huit jours plus tard, d'une nouvelle mais courte poussée évolutive ulcéreuse.

Lésions pustuleuses - Abscesses sous-cutanés
(23, 11)

Papules érythémateuses, apparaissant sur les bras et les membres inférieurs, au centre desquelles apparaissent en 48 heures une pustule. La culture du pus révèle la présence de staphylocoques. Ces éléments peuvent confluer et former de larges abscesses.

Éléments pustuleux de petite taille, siégeant sur le visage, le tronc, les membres inférieurs, associés à une large induration rouge, siégeant à l'avant-bras droit, évoluant très vite vers l'abcédation.

Ulcérations cutanées : (11)

Ulcération indolente se développant à côté d'un large abcès, à la partie haute de la cuisse.

Homme de 39 ans, entré dans le service en novembre 1954 pour un syndrome dysentérique apparu depuis un an. La découverte d'une néoformation végétante à la partie haute de l'ampoule rectale fait pratiquer une amputation du rectum avec mise à la paroi du côlon gauche, bien que la biopsie ait montré le caractère de polype inflammatoire simple de

cette lésion.

Un an plus tard, le malade est revu à l'occasion d'épisodes de diarrhée mucopurulente et d'ulcérations cutanées autour de l'anus iliaque, sur une surface supérieure à celle d'une paume de main. La lésion est de type granuleux infecté et infiltré. Cette association évoque le diagnostic de recto-colite hémorragique qui est confirmé par le lavement baryté. On pratique alors une colectomie totale avec iléostomie, au niveau de laquelle devait apparaître par la suite un abcès.

Ulcérations périanales : (11)

Madame S... 45 ans, a présenté de tout temps des migraines qui disparaissent en 1948, lorsque se constitue un syndrome dysentérique. En 1950, à la suite d'un traitement local pour hémorroïdes, apparaissent des ulcérations périanales atones qui persistent deux ans plus tard. La rectoscopie montre alors des lésions de recto-colite hémorragique et purulente.

Pyodermite : (11)

Madame D... 35 ans, est atteinte d'une recto-colite hémorragique typique qui évolue, depuis juillet 1954. Au cours de l'une des nombreuses poussées évolutives, en 1957, apparaît une pyodermite importante de la jambe gauche qui rétrocedera sous l'effet du traitement général. A cette époque, la rectoscopie montrait une muqueuse parsemée de formations polypoïdes.

Pyoderma Gangrenosum :

En voici les caractéristiques essentielles à propos d'une observation où les épisodes cutanés se sont succédés de 1955 à 1963 (11).

Aspect des lésions : le début est toujours brutal, en règle générale marqué par l'apparition d'un petit "bouton" cutané rouge. 24 heures plus tard apparaissent, à son niveau, de violentes douleurs, comparées par les malades "à une névralgie dentaire" permanente.

Très rapidement, en 1 à 2 jours, se forme une ulcération qui va s'étendre en nappe de façon centrifuge pour atteindre des dimensions variables, allant d'une pièce de un franc à une large paume de main. L'accroissement des lésions est très rapide, le maximum étant atteint en moins d'une semaine.

A ce moment, les lésions se présentent sous forme d'un cratère, plus ou moins vaste, en dépression de un demi à un centimètre environ, recouverte de saniosités hémorragiques et purulentes. Les contours de cette zone sont enfractueux et le cratère paraît "ourlé" par une formation violacée, surélevée, ayant l'aspect et le volume d'une varice. Une zone de 3 à 4 cm oedémateuse et discrètement érythémateuse occupe la région de transition entre le cratère et la peau saine. Ces lésions sont très douloureuses et les soins locaux exacerbent intensément cette douleur.

En dehors des zones atteintes, le revêtement cutané ne présente aucune anomalie.

Le prélèvement bactériologique au niveau de la plaie a montré à deux reprises la présence d'un staphylocoque doré, sensible à la plupart des antibiotiques usuels.

La biopsie montre "un épiderme très papillomateux et végétant avec croûte fibrino-hémorragique. Au-dessous oedème et lésions vasculaires de type allergique intense allant le plus souvent jusqu'à l'obturation. Infiltration

histiomonocytaire diffuse avec rares éosinophiles. Aspect de lésions de type allergide aigu". La guérison des ulcérations s'est toujours faite par comblement et bourgeonnement régulier du fond de la plaie puis épithélialisation. Parfois, persiste un minuscule pertuis laissant sourdre une sérosité hémorragique, qui ne s'obturera qu'après de nombreuses semaines.

Le siège des ulcérations, sur les membres inférieurs, a été variable selon les périodes :

aux cuisses en 1959

cheville droite 1957 et 1963

cuisse gauche en 1960

membre inférieur droit ainsi qu'au médus
droit en 1961

au mollet droit en 1962.

Autres lésions :

pityriasis rosé - érysipèle (SANITZ-GREENBERG)
purpura (POLONY) (BARGEN)

pigmentations cutanées (BARGEN)

éruption zostérienne, 2 cas par KELLEY répondant à la segmentation C 5, C 6, C 7.

- L'atteinte des muqueuses :

- génitales, au niveau des grandes lèvres, lésions pustuleuses.

- buccales : stomatites aphteuses, petites ulcérations sur la face interne des joues, du voile du palais et de la langue : 6 cas de KELLEY, 14 cas par SAMITZ GREENBERG, 1 cas de RICKETTS et PALMER avec envahissement du larynx ayant nécessité une trachéotomie.

gengivites avec saignement et déchaussement des dents (23).

- oculaires : l'atteinte conjonctivale n'est pas exceptionnelle au cours de la recto-colite. La conjonctivite est bilatérale.

Fonctionnellement, elle se caractérise par le fait assez inhabituel dans les conjonctivites de s'accompagner de photophobie et de douleurs (cas n°2 et 5). Ces particularités conduisent à rechercher une atteinte uvéale et à pratiquer systématiquement un examen au biomicroscope. Objectivement, on note une congestion plus ou moins intense de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Bactériologiquement, le fait important est que l'examen du frottis ne montre jamais que des germes banals, flore habituelle de la conjonctivite.

En résumé :

Diversité très grande des manifestations cutanées au cours de la recto-colite. Pour la plupart des auteurs, il semble qu'il faille opposer de façon formelle les divers types de lésions (33).

- les unes sont sans spécificité, à type d'eczéma, d'érythèmes divers, en plaques ou noueux, d'urticaire, d'oedème de Quincke. Ces atteintes cutanées sont le témoignage, soit du sol allergique sur lequel se développe volontiers la recto-colite, soit d'une intolérance médicamenteuse fortuite au cours de la maladie intestinale, soit d'une infection intercurrente, une angine à streptocoques pouvant entraîner un érythème noueux.
- certaines, telles les ulcérations périanales, les abcès sous-cutanés, seraient plus caractéristiques de la maladie.
- les lésions spécifiques, d'autre part, sont représentées essentiellement par le Pyoderma Gangrenosum, encore que cette manifestation cutanée puisse se rencontrer dans d'autres affections que la recto-colite.

Tableau récapitulatif de 6 cas de R.C.H., associant Erythème noueux, Arthralgies et Conjonctivite

CAS	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6
AGE	41	52	41	48	27	40
SEXE	F	F	F	F	F	M
ANCIENNETE DE LA R.C.H	2 ans	2 ans	6 ans	2 ans	10 mois	1 an
R.C.H. EN POUSSEE	+	+	+	+	+	+
TESTS	négatifs	négatifs	négatifs	non précisé	négatifs	non recherché
ANTECEDENTS	sans	sans	sans	sans	sans	sans
ANTECEDENTS ALLERGIQUES	sans	sans	malade ayant re- çu Sulfa- diazine IV	sans	sans	non précisé
RADIOGRA- PHIES PUL- MONAIRES	calcifi- cations hilaires	emphysème	normale	normale	normale	non recherché

ATTEINTE E.G. ET SIGNES TOXI-INFEC- TIEUX	-	Amaigris- sement	+	+	+	+
MANIFESTA- TIONS EX- TRA DIGES- TIVES	E.N.Ar- thralgies Conjunc- tivite	E.N. Ar- thralgies Conjunc- tivite	E.N. Ar- thralgies Conjunc- tivite	E.N. Ar- thralgies Conjunc- tivite	E.N. Ar- thralgies Conjunc- tivite	E.N. Ar- thralgies Conjunc- tivite
TRAITEMENT CHIRURGI- CAL					Colectomie avec Iléo- stomie	
TRAITEMENT MEDICAL	A.C.T.H.et Cortisone	A.C.T.H.et Cortisone	A.C.T.H.et Cortisone	Prednisone	Symptoma- tique	non men- tionné
ETUDE DE L'ATTEINTE COLITIQUE	Sigmoïde et rectum	tout le cô- lon sauf le rectum	ileum ter- minal tout le côlon ss le rectum	Transverse Moitié hau- te du Sig- moïde	tout le cô- lon et rec- tum	tout le côlon
RESULTATS	Améliora- tion & re- chute à l' arrêt du traitement	Améliora- tion & re- chute à l' arrêt du traitement	Améliora- tion pas de rechute	Améliora- tion disso- ciée, rechue- te à arrêt traitement	Dispari- tion des symptômes ss rechute	non men- tionné

- VI -

PLACE DES MANIFESTATIONS EXTRA-
DIGESTIVES DANS LE CADRE DE LA
RECTO-COLITE

-:-

Après avoir revu les différents aspects cliniques sous lesquels se présentent les manifestations articulaires et cutanées au cours de la maladie, ce nouveau paragraphe nous amène à analyser leurs caractères particuliers dans le cadre évolutif de la recto-colite.

Le tableau récapitulatif des observations que nous avons rapportées, particulières par la présence, dans leur symptomatologie, de la triade erythème noueux, syndrome conjonctivo-synovial, dégage les caractéristiques essentielles et apporte une vérification aux constatations généralement faites.

1°- La nette prédominance du sexe féminin dans ces formes, telle qu'elle apparaît dans notre tableau, n'est pas toujours retrouvée. FOSTER et BRICK l'ont cependant mentionnée en ce qui concerne l'érythème noueux et la recto-colite. De même GIRARD, BEL, COULOT, VALLON et BOUCHUT, qui trouvent 9 femmes pour 1 homme dans leur étude sur les manifestations cutanées et la recto-colite, se demandent s'il faut voir là l'influence de facteurs endocriniens où la conséquence des perturbations neuro-végétatives et les agressions affectives plus fréquentes dans ce sexe.

2°- Ces manifestations extra digestives apparaissent le plus souvent simultanément à l'atteinte intestinale.

Les phénomènes articulaires ont une évolution rigoureusement parallèle à l'atteinte intestinale. Ils libèrent les articulations en période de rémission colitique, évoluent par poussées, réapparaissant à chaque retour offensif de la maladie intestinale : apparition d'une nouvelle localisation articulaire, soit exacerbation d'une atteinte articulaire antérieure.

La régression thérapeutique : bien que le traitement médical soit difficile et de résultat incertain, néanmoins l'amélioration de l'état intestinal entraîne une amélioration de l'état articulaire. S'il paraît banal qu'elles répondent au traitement stéroïdien, il est remarquable qu'elles disparaissent définitivement après colectomie.

Toutefois, il est de rares cas où ils peuvent suivre un cours en apparence indépendant, et l'on a même pu noter des manifestations articulaires après colectomie étendue.

Ils peuvent aussi parfois précéder l'atteinte intestinale. SERRE, SIMON ont mentionné cette éventualité dans leur étude sur l'association pelvi-spondylite rhumatismale - rectocolite hémorragique. Notre observation personnelle en fournit un autre exemple.

L'érythème noueux, de même, apparaît presque toujours au cours d'une poussée de colite ulcéreuse, et très rarement au cours de la première, et disparaît avant ou en même temps que régresse l'atteinte intestinale. Si on l'a vu parfois précéder de 24 à 48 heures les

manifestations intestinales, le plus souvent, il leur fait suite. D'une façon générale, quel que soit l'aspect de la lésion cutanée, l'ablation du foyer intestinal améliore l'état cutané, en particulier pour les ulcérations et les abcès sous-cutanés qui ne guérissent jamais par le traitement local.

Un trait marquant de ces érythèmes noueux est la tendance à la récurrence, soit au cours d'une même poussée, soit au cours de poussées ultérieures. Sur sept cas observés, par FOSTER et BRICK, deux réellement n'ont eu qu'une seule attaque.

C'est parmi les formes de recto-colite hautement fébriles, avec signes de toxi-infection et état général gravement altéré, qu'on observe le plus souvent les manifestations articulaires du type polyarthrite inflammatoire et les manifestations cutanées, en particulier l'érythème noueux. Une précision demande à être effectuée en ce qui le concerne : dans un certain nombre de cas, l'ingestion de drogues, en particulier sulfamides, précédant l'apparition de l'érythème noueux, a pu soulever le problème d'une étiologie toxique. Les différents auteurs se sont efforcés de rechercher cette éventualité et il apparaît bien, en définitive, et notre observation personnelle en fournit un exemple, qu'il puisse apparaître en dehors de toute thérapeutique sulfamidée.

C'est au cours de recto-colites anciennes, dont la première atteinte remonte à plusieurs mois, que l'on observe généralement ces différentes manifestations extra-digestives, au cours des deuxième ou troisième rechute, plus rarement au cours de la première poussée de diarrhée.

C'est dire au total que phénomènes articulaires et cutanés accompagnant la recto-colite hémorragique apparaissent généralement lors des poussées de la maladie intestinale, au cours de recto-colite ancienne, associé à des signes de toxi-infection parfois très intenses et plus fréquemment chez la femme.

Quel est l'aspect et l'importance de l'atteinte intestinale dans ces formes de recto-colite ? Sont-elles particulières aux formes graves de recto-colite, et peut-on considérer ces manifestations comme des critères de gravité ou d'aggravation ?

Pour DESCAYTAC, les manifestations articulaires au cours de la recto-colite hémorragique seraient plutôt le fait des formes légères ou de moyenne intensité comportant une à deux poussées annuelles.

Pour GIRARD, la coexistence de lésions cutanées se constate au cours des formes de moyenne intensité alors que pour DRAPIER elles compliqueraient toujours les formes graves.

Dans le tableau des observations rapportées, nous constatons que, dans quatre cas, l'atteinte intestinale s'étend à tout le côlon, dont un cas associe une atteinte de l'ileum terminal ; dans un cas, au côlon transverse et la partie haute du côlon descendant ; dans le dernier cas, limité au côlon sigmoïde. Donc, une prédominance de forme étendue, mais avec, dans trois observations, une intégrité ou une atteinte non typique de la muqueuse rectale, réalisant la forme dite segmentaire de la colite ulcéreuse. YARNIS et CROHN ont insisté, dans une étude portant sur 140 cas, sur la fréquence des complications cutanées, articulaires et oculaires dans ces formes segmentaires, fait confirmé par

W. JACOBS dans l'association érythème noueux colite ulcéreuse, qui, sur 13 cas colligés, comportaient 5 formes segmentaires.

L'état général est souvent sévèrement touché, avec amaigrissement et fièvre élevée. Dans l'observation personnelle dont nous avons suivi l'évolution, les manifestations extra-digestives évoluant sous l'aspect d'un état septicémique faisaient toute la gravité de l'affection ; car en fait, le lavement baryté a précisé que les lésions ne dépassaient pas le côlon sigmoïde. La rectoscopie n'a pas, par ailleurs, objectivé d'ulcérations profondes, traduisant une extension en profondeur. Donc, une atteinte intestinale limitée dont l'évolution ultérieure, très favorable, vient encore accentuer le contraste entre la sévérité des manifestations extra-digestives et la relative bénignité de l'atteinte intestinale. L'intensité des manifestations extra-digestives ne semble donc pas traduire obligatoirement une particulière gravité de l'atteinte intestinale. Bien plus, dans notre observation, les manifestations cutanées et articulaires ont précédé de plusieurs mois l'atteinte intestinale ; précession qui semble rompre tout parallélisme entre les manifestations extra-colitiques et le syndrome intestinal.

L'érythème noueux marque, en effet, le début de l'histoire clinique de notre malade : isolé, accompagné d'une légère fébricule, il évolue et disparaît en trois semaines. Les recherches étiologiques restent négatives, en particulier, toutes celles orientées vers l'allergie tuberculeuse. Il réapparaît quelques mois plus tard, lors du premier épisode dysentérique, révélant la recto-colite.

Il en est de même de la polyarthrite qui suit l'érythème noueux de trois mois. Notons

cependant que, lors de cette première atteinte articulaire, apparaît une petite rectorragie que l'on met à l'époque sur le compte du traitement anti-coagulant (héparine) prescrit alors en association à la Flabelline pour éviter l'apparition d'une phlébite.

Il semble donc intéressant de souligner à propos de cette observation : d'une part la disproportion entre l'intensité des phénomènes extra-digestifs et la faible extension des lésions au niveau de la muqueuse intestinale ; d'autre part la précession des manifestations articulaires et cutanées et en particulier de l'érythème noueux, avant toute manifestation colitique tout au moins subjective. A propos d'observations avec érythème noueux, où la diarrhée étant peu importante le diagnostic aurait pu être méconnu, certains auteurs (3) ont déjà mentionné ce point clinique intéressant, que renouvelle notre observation : Penser systématiquement à la colite ulcéreuse en présence d'un érythème noueux d'allure primitive.

- VII -

THEORIES ETIOPATHOGENIQUES

-:-

L'étiopathogénie de la recto-colite reste encore mystérieuse. En contraste avec la précision de sa description clinique, de sa spécificité anatomo-pathologique, de son caractère endoscopique, toute définition de la recto-colite insiste sur l'absence d'étiologie connue.

Deux hypothèses nosologiques s'affrontent : soit une maladie autonome, due à une cause spécifique, mais encore inconnue, soit un syndrome englobant des faits cliniques disparates et relevant de causes variées. Des nombreuses théories avancées, aucune n'a pu s'imposer d'une façon indiscutable. La présence de manifestations extra-digestives dans certaines formes de recto-colite agrandit le cadre de la maladie et leurs interprétations renouvellent les discussions étiopathogéniques.

L'interprétation des manifestations cutanées : pour la plupart des auteurs, il faut séparer les lésions sans spécificité du pyoderma gangrenosum. Celui-ci est diversement interprété (11) : pour certains il s'agit d'une avitaminose, alors que pour d'autres, il s'agit de surinfection. Il est plus vraisemblable d'admettre que les lésions cutanées ont la même origine que celles de la muqueuse colique et d'ailleurs, on voit très nettement le pyoderma gangrenosum évoluer parallèlement à la colite,

chaque reprise des ulcérations cutanées annonçant la rechute intestinale et demandant aussitôt un traitement. Il est, en tous cas, certain que les manifestations cutanées disparaissent lors du traitement radical par la colectomie. Quant aux lésions sans spécificité, il est possible que l'irritation locale ou la surinfection interviennent dans une pyodermite ou dans une ulcération péri-anale; l'eczéma, l'urticaire, les différents érythèmes sont la traduction du terrain allergique.

Les manifestations articulaires restent d'une interprétation discutée (7).

Origine bactérienne : Les arthropathies sont-elles en rapport avec le processus infectieux lui-même, infection à point de départ intestinal et d'ordre septicémique ?

Le passage de germes pathogènes à travers la paroi intestinale si gravement altérée devait être retenu en premier. Notons que, dans notre observation personnelle, une hémoculture s'est montrée positive, lors de la troisième rechute, mettant en évidence un germe gram -, anaérobie, type fusiformis. On n'admet plus guère actuellement l'étiologie infectieuse de la recto-colite : germe de Dragstedt, diplostreptocoque de Bargaen ne sauraient être retenus pour expliquer l'atteinte articulaire dans la recto-colite.

S'il ne contient pas de germes responsables, cela n'empêche pas l'intestin des colitiques d'être abondamment surinfecté et d'entretenir des microbes en quantité suffisante avec une barrière pariétale suffisamment délabrée pour justifier cette théorie. Contre cette hypothèse, on avance que le liquide articulaire reste toujours stérile au cours des arthropathies.

Dans notre observation, nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner le liquide articulaire, mais l'examen du pus des lésions pustuleuses qui ont évolué parallèlement à la polyarthrite a précisé l'absence de germe.

Facteur toxique : Dans cette conception, on admet que les phénomènes extra-intestinaux, en particulier articulaires, pourraient représenter des phénomènes d'allergie aux toxines des germes de surinfection. On remarque, en effet, que les réactions cutanées et focales survenant après des injections intra-dermiques d'antigènes microbiens sont chez ces malades d'une extrême violence. Dans le cadre de notre malade, la preuve de cette allergie microbienne n'a pu être fournie. La présence d'un érythème noueux évoquait au premier chef la notion d'une sensibilisation à un streptocoque. Par ailleurs, le taux des antistreptolysines s'est révélé augmenté par deux fois, lors de la première et de la seconde hospitalisation, puisque les chiffres étaient voisins de 900 Unités. D'autres auteurs (ROBERT, BRECHOT, BINOUX) ont déjà signalé la présence de streptocoque fécal trouvé dans la gorge de leur malade, accompagné d'une augmentation des streptolysines dans le sang, et se sont demandés si ce germe n'était pas responsable des manifestations articulaires. Aucun streptocoque, cependant, n'a pu être mis en évidence chez notre malade.

Troubles métaboliques : Pour expliquer l'apparition d'arthropathies, certains auteurs ont mis en relief les troubles métaboliques importants consécutifs à la recto-colite, en particulier la déficience en calcium sanguin et la déminéralisation osseuse (POSEY et BARGEN).

Facteur collagénique : D'autres ont envisagé d'expliquer la coexistence d'arthropathies inflammatoires avec une maladie d'évolution cyclique, et de nature encore mystérieuse, en essayant de ranger cette association dans le cadre des maladies du collagène. Disons qu'à l'occasion d'une éruption érythémosquameuse en aile de papillons, lors d'une intolérance médicamenteuse, nous avons chez notre malade, entrepris de rechercher l'existence de cellules de Hargraves, mais cette recherche est restée négative.

Quel que soit le mécanisme envisagé, allergie toxique, désordre métabolique ou action microbienne directe, on évoque donc généralement une relation pathogénique dans le sens intestin —> articulations.

Les cas où les manifestations articulaires précèdent la première manifestation intestinale semblent contraires à cette conception. Notre malade en fournit un exemple, où la précession fut particulièrement nette de plusieurs mois.

SERRE, SIMONS, dans leur étude sur la pelvispondylite et la recto-colite hémorragique, signalent un cas où la pelvispondylite a précédé de plusieurs années la recto-colite et citent ACHESSON, qui a constaté un nombre important de cas semblables.

L'hypothèse d'une étiologie commune, responsable à la fois de l'atteinte articulaire et de l'atteinte intestinale est alors évoquée. La notion de la persistance de l'évolutivité articulaire après certaines colectomies est un argument qui s'ajoute à la variabilité du mode de début pour penser que les deux affections sont liées à un même mécanisme, respon-

sable à la fois de l'une et de l'autre.

Dans le cas particulier de notre observation et des quelques cas analogues rapportés, l'association d'un érythème noueux à la polyarthrite, et leur évolution étroitement parallèle, paraissent limiter singulièrement la discussion du mécanisme pathogénique (CACHIN, ANTEBI). L'érythème noueux est en effet très généralement considéré comme une réaction d'hypersensibilité, et il est logique d'admettre que le rhumatisme qui l'accompagnait relevait de ce même mécanisme.

Mécanisme étiopathogénique commun possible, avec une association hautement suggestive d'un mécanisme de sensibilisation, ces formes de recto-colite viennent renforcer la tendance actuelle qui est de rechercher l'étiologie des recto-colites dans une prédisposition ou une sensibilisation du terrain, beaucoup plus que dans l'agression d'un germe pathogène, la colite ulcéreuse étant dès lors assimilée à un phénomène de choc anticorps-antigène se déroulant au niveau de la muqueuse du gros intestin.

Un bon nombre d'arguments semble favorable à une conception allergique de la maladie (12):

1/ arguments héréditaires : chez les patients souffrant de colite, il apparaît que la proportion d'antécédents allergiques, familiaux et personnels soit plus élevée que dans des groupes de malades non allergiques. D'autre part, plusieurs auteurs ont noté l'importance de l'incidence familiale de la maladie : celle-ci varie de 5 à 10 p.cent selon les statistiques (DUBARRY et coll. 1960).

des arguments histopathologiques : plusieurs aspects histologiques de la colite suggèrent un état d'hypersensibilité : on observe la pré-

sence d'infiltrats granulomateux, avec parfois des cellules géantes, une forte proportion d'éosinophiles, des thromboses vasculaires avec infiltration cellulaire périvasculaire, des néoformations lymphoïdes.

2/ arguments évolutifs : l'évolution cyclique de la maladie, l'alternance de poussées et de rémissions correspond au schéma habituel des affections allergiques. Il faut signaler de même l'influence importante des stimuli psychiques que l'on retrouvera dans l'évolution des maladies allergiques.

3/ arguments cliniques : les lésions de la colite peuvent être segmentaires ou généralisées, présentant ainsi quelques analogies avec les dermatoses atopiques. La température est le plus souvent attribuée à la surinfection, toutefois il est actuellement bien connu que les allergies alimentaires ou médicamenteuses sont parfaitement capables de réaliser une courbe fébrile. Un exemple très démonstratif est cité par ROWE : il s'agit d'une température d'une durée de quatre mois, avec manifestations colitiques, dont le lait était l'unique responsable. La coexistence de manifestations du type allergie dont nos observations fournissent un exemple. Signalons aussi les brutales réactions d'intolérance médicamenteuse présentées à deux reprises par notre malade, lors de la prescription d'extencilline et de soludagénan, traduites par une poussée urticarienne et des vomissements.

Cette théorie allergique, cependant, exige des critères que sont les allergènes. En dehors de l'allergie bactérienne, dont le rôle est difficile à prouver, l'allergie alimentaire est la mieux étudiée (38). Il semble bien que dans un nombre assez important de recto-

colites, des aliments tel le pain, le lait, soient responsables de l'apparition d'un syndrome dysentérique. Des séries importantes de malades ont été suivies, et par le système du régime de restriction, il apparaît que la maladie peut être stoppée par suppression du régime alimentaire de certains aliments, les plus fréquemment en cause étant la viande, le lait et le pain. Pour les défenseurs de la théorie alimentaire, son importance est considérable, elle serait de 66 p.cent pour ANDERSEN et 86 p.cent pour ROWE.

Les allergènes inhalés : plusieurs cas d'aggravation de la colite ulcéreuse durant la saison pollinique ont été décrits. Les tests cutanés sont positifs dans un fort pourcentage aux poussières, pollens et autres allergènes inhalés, et semble nettement plus élevé que celui qu'on obtient dans un groupe de malades non allergiques.

Les allergènes fungiques pourraient jouer aussi un rôle important, particulièrement par candida albicans. Dans une série de 47 rectocolites, DUBARRY à Bordeaux constate 34 fois une sensibilisation cutanée à des allergènes fungiques.

Cependant, les cas restent nombreux où aucun allergène ne peut être suspecté. D'autre part, il n'a jamais été possible d'obtenir, ni par la suppression de l'antigène incriminé, ni par les tentatives de désensibilisation, la guérison définitive d'une colite infectieuse.

Plus récemment, en raison de son caractère insuffisamment convaincant, la notion de l'origine allergique a été remplacée par celle de maladie par auto-immunisation ; auto-sensibilisation vis-à-vis du tissu colitique.

La formation d'anticorps par l'organisme confère à celui-ci une véritable fonction de protection vis-à-vis des agressions exogènes. De cette conception est issue la notion que les substances douées d'un pouvoir antigénique devaient nécessairement être étrangères à l'organisme. Actuellement des faits nombreux s'opposent à cette manière de voir et nous amènent à reconnaître à l'organisme la propriété de former des auto-anticorps. Certains auteurs font de la recto-colite hémorragique une maladie auto-entretenu.

Plusieurs travaux expérimentaux apportent à cette hypothèse des arguments de valeur (1).

La recherche d'anticorps anticôlon : la présence d'anticorps anticôlon est révélée en faisant agglutiner par le sérum des malades des hématies chargées d'un extrait de muqueuses coliques. Ceci, chez 10 malades sur un total de 14 cas de recto-colite. D'autres auteurs, utilisant une technique un peu différente, mettent en évidence des anticorps anticôlon dans 28 cas sur 30 de colite ulcéreuse. D'autres préparent un antigène à partir de la muqueuse colique, le mélangent avec des particules de collodion et observent une agglutination dans le sérum de 30 malades souffrant de colite ulcéreuse. Tous les témoins sont négatifs.

Lésions du côlon par injections d'immuns-sérums : on prépare chez le Lapin un immuns-sérum anticôlon et anti-grêle, au moyen d'injections répétées de broyats de ces organes provenant de Cobaye. L'injection de ces immuns-sérums entraîne, chez le Cobaye, des lésions coliques importantes. L'aspect de ces lésions n'est toutefois pas superposable à celui de la recto-colite, et l'évolution en est relativement brève.

Toutes ces expériences tendent donc à prouver que le côlon est capable de développer un état d'hypersensibilité. La démonstration d'anticorps anti-côlon circulant dans le sérum de patients atteints de colite paraît donc indiscutable, mais il reste à prouver que ce processus d'autosensibilisation soit la cause première de cette affection.

Dans l'hypothèse d'un mécanisme immuno-allergique dans la genèse de la maladie, il faut enfin souligner l'action souvent favorable du traitement corticoïde. La corticothérapie, prônée dès 1950, en association au traitement médical classique, a apporté un progrès important dans le traitement médical de la rectocolite. Une statistique américaine récente montre que les résultats immédiats sont favorables chez plus de 300 malades, sur un total de 340 cas, mais les résultats de longue échéance sont beaucoup plus faibles. La rémission obtenue est d'abord clinique, plus tard et à moindre degré, anatomique et endoscopique, moins souvent radiologique (13).

L'efficacité de la corticothérapie, chez notre malade, administrée par voie générale et locale sous forme de lavements à l'hydrocortisone, fut remarquable.

L'action du traitement corticoïde sur les manifestations extra-digestives est moins étudiée : elle a souvent une action très nette sur les manifestations articulaires et d'irritis ; les rechutes à l'arrêt du traitement sont fréquentes, et l'on a même signalé des fluxions articulaires apparaissant sous corticothérapie.

RAPPORT AVEC LE SYNDROME DE
FEISSENGER-LEROY-REITER

Un dernier point mérite d'être discuté : il concerne l'autonomie du syndrome de F.L.R.: La maladie de Feissenger-Leroy-Reiter se définit essentiellement par l'apparition au décours d'un synrome diarrhéique, d'une conjonctivite, d'une urétrite et d'une polyarthrite inflammatoire (19).

C'est en 1916 que, sur le front français, FEISSENGER et LEROY décrivent sur quatre malades un syndrome conjonctivo-uréthro-synovial. REITER, quatre jours plus tard, relate un cas identique, du côté allemand, et isole un "spirochete Forans", qu'il juge responsable de la maladie.

Actuellement, la maladie est d'une extrême fréquence en Afrique du Nord, où elle sévit à l'état d'endémo-épidémie, s'étalant sur des années. Elle frappe les individus en collectivité, en particulier les armées en campagne, plus spécialement les transplantés du contingent. Le caractère saisonnier est remarquable avec une recrudescence à la saison chaude.

La forme commune réalise à la période de début une diarrhée le plus souvent banale ; puis, après une quinzaine de jours, la triade est caractérisée par : une urétrite, dans le schéma la première en date qui se manifeste par un écoulement plus ou moins important pour lequel la recherche de gonococque reste négative. La conjonctivite est bilatérale, elle apparaît un à deux jours plus tard et s'accompagne, fait assez inhabituel dans les conjonctivites, de photophobie et de douleur. Bactériologiquement, l'examen du frottis ne montre

jamais que des germes banals. Le syndrome articulaire, apparaissant au déclin de la conjonctivite, avec une prédilection pour les membres inférieurs et les grosses articulations, avec douleur violente et impotence fonctionnelle marquée. Elle est massive d'emblée, ne s'aggravant que lentement par la suite. Les modalités évolutives sont bien particulières ; l'extension est additive et non point substitutive, la polyarthrite n'est ni mobile ni fugace, l'atteinte articulaire initiale demeure constante et dominante, l'atteinte articulaire regresse en une semaine à quarante-cinq jours. Enfin, les signes généraux vont de pair avec l'atteinte articulaire ; mouvement fébrile ; l'amaigrissement ne manque jamais.

Dans le domaine étiologique, les arguments cliniques et épidémiologiques de ces dernières années tendent à faire de l'affection une maladie autonome d'origine virale à porte d'entrée digestive.

Que penser alors des formes de recto-colite présentant un syndrome conjonctivo-synovial et qui réalisent, à l'atteinte urétrale près, le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter. Malgré l'absence d'arguments biologiques, il existe en effet une forte présomption en faveur de ce syndrome, puisque nous retrouvons les troubles intestinaux accompagnés de signes cutanés, l'atteinte de la synoviale touchant les grosses articulations, l'atteinte conjonctivale bilatérale : l'absence de manifestations génito-urinaires n'est pas un argument permettant d'opposer le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter aux poussées articulaires et conjonctivales de la recto-colite. MARCHE sur 48 observations en note seulement 23 avec sémiologie uréthro-conjonctivo-synoviale.

On peut donc soulever deux hypothèses : soit penser que ces formes de recto-colite avec manifestations articulaires et oculaires doivent être considérées comme une forme à isoler du cadre de la recto-colite hémorragique : il s'agirait alors d'une forme spéciale du syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter (18).

soit considérer qu'à côté de ces formes autonomes existent des formes secondaires dont la recto-colite fournit indiscutablement un exemple, et qui représentent un type de manifestations allergiques non spécifiques, cette allergie pouvant se manifester aussi bien vis-à-vis des microbes de surinfection d'une colite ulcéreuse que vis-à-vis d'un germe ou d'un virus épidémique. Dans nos observations, ce syndrome est associé à un érythème noueux; l'association de ces deux affections est très suggestive. Le problème posé par le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter apparaît donc tout à fait similaire à celui qui fut longtemps débattu à propos de l'érythème noueux, lequel peut aussi dans certaines conditions évoluer sous les traits d'une affection primitive (3).

CONCLUSIONS

-:-

Nous rapportons l'observation d'une recto-colite hémorragique, dont les manifestations extra-digestives ont été isolées pendant une longue phase de l'évolution précédant de loin les symptômes recto-colitiques habituels.

Le premier signe en a été un érythème nouveau qui a récidivé aux poussées suivantes. Puis cette recto-colite hémorragique a évolué sous la forme d'une septicémie grave, avec localisations extra-intestinales multiples, tant cutanées qu'oculaires et articulaires. Cette gravité générale contrastant au début avec l'absence de troubles intestinaux et par la suite avec la faible extension des lésions caractéristiques sur le côlon, les cas où se trouve réalisée, comme chez notre malade, la triade érythème nouveau syndrome conjonctivo-synovial, sont exceptionnels.

Nous appuyant sur la littérature, cette observation nous a permis de reprendre les descriptions cliniques des différentes manifestations extra-digestives au cours de la recto-colite hémorragique.

Les manifestations cutanées :

Au cours de la recto-colite hémorragique, les manifestations cutanées sont classiques, sinon fréquemment observées. Leur fréquence est de 8,5 p.cent, sur un total de 2.366 malades, soit 201 cas avec lésions cutanées.

Celles-ci sont diverses : tous les degrés peuvent s'observer, du simple érythème à la pyodermite gangréneuse. Les unes sont sans spécificité, à type d'eczéma, d'urticaire, d'érythèmes divers : parmi ceux-ci, l'érythème noueux apparaît avec une fréquence non négligeable, bien individualisé par ses caractères cliniques et évolutifs. Certaines sont plus caractéristiques, telles les ulcérations péri-anales, les abcès sous-cutanés, et surtout le pyoderma gangrenosum.

Les manifestations articulaires :

L'association rhumatismes-recto-colite hémorragique est maintenant bien connue. La fréquence de ces formes est diversement interprétée : les manifestations articulaires ne sont pas rares dans les pays anglo-saxons, l'indice en France paraît plus faible. Cliniquement, les atteintes articulaires réalisent des tableaux divers. Les grosses articulations sont surtout touchées, réalisant le plus souvent l'aspect d'une polyarthrite inflammatoire. Plus rares sont les manifestations d'ysacromégaliennes, hippocratisme digital et ostéoarthropathie de Pierre Marie. Les manifestations articulaires périphériques peuvent prendre l'allure évolutive d'une polyarthrite chronique évolutive, mais les réactions spécifiques de Waaler Rose, et le test au latex restent négatifs dans la majorité des cas. L'évolution de ces rhumatismes est, en règle, favorable, mais la possibilité de voir apparaître une authentique spondylarthrite ankylosante ne peut être écartée.

Ces manifestations extra-digestives se produisent généralement parallèlement aux poussées de la recto-colite, à l'occasion de la deuxième ou troisième rechute, plus rarement lors de

la première atteinte, et sont habituellement le fait des formes graves avec atteinte de l'état général et signes de toxi-infection parfois intenses.

La place importante que peuvent tenir les troubles extra-intestinaux dans la recto-colite hémorragique élargit considérablement le cadre de la maladie et renouvelle les discussions étiopathogéniques. La précession des phénomènes extra-digestifs sur l'atteinte intestinale soulève le problème d'un mécanisme étiopathogénique commun. L'évolution d'un érythème noueux, d'une polyarthrite inflammatoire, associée aux réactions hyperergiques d'intolérance aux médicaments, l'activité remarquable du traitement corticoïde chez notre malade, font discuter du rôle joué par l'allergie et les sensibilisations dans le mécanisme si obscur de la recto-colite.

Ces formes de recto-colite présentant un syndrome conjonctivo-synovial réalisent à l'atteinte urétrale près le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter, et posent le problème de l'autonomie de celui-ci.

--

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
Signé : Ch. DEBRAY	Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - BERNIER J.J., CORNELIS W. et LAMBLING A.
Contribution à l'étude expérimentale de
la recto-colite hémorragique.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 49, 813.
- 2 - BLOCH MICHEL H. et BRIZARD J.
Les rhumatismes intestinaux -
Entretien de Bichat, Médecine 1959, 389.
- 3 - CACHIN M. et ANTEBI L.
Colite ulcéreuse, érythème noueux et
syndrome de Feissinger-Leroy.
Semaine des Hôpitaux, 1961, 57, 2724.
- 4 - CATTAN R., BUCAILLE M. et CARASSO R.
La recto-colite hémorragique et puru-
lente.
1 volume, 1959, Flammarion Ed.
- 5 - DEBRAY Ch. et DESCAYRAC J.
Manifestations ostéo-articulaires des
colopathies.
Thèse Paris, mai 1956.
- 6 - DEBRAY J. et HILLEMAND B.
L'érythème noueux non tuberculeux.
Rev. du Praticien, n°12, 1957.
- 7 - DEMOLE M., COURVOISIER B. et KRAFTE B.
Colite ulcéreuse et arthropathies.
Arch. Mal. App. Dig. déc.1959, 45, n°12,
475-485.

- 8 - DRAPIER
Etude critique de la recto-colite hémorragique basée sur 51 observations.
Thèse Lyon 1957, n°54.
- 9 - FERNANDEZ et HERLIMY C.
The articular manifestations of chronic ulcerative colitis.
An analysis of 555 cas.
New Engl. J. Med. 1959, 261, 259-265.
- 10 - FOSTER J.J. et BRICK I.B.
Erythema Nodosum in ulcerative colitis.
Gastro-enterology, oct.1954, 27, n°4, 417-425.
- 11 - GIRARD M., BEL A., COULOT M., VALLON C.
et BOCHU M.
Les lésions cutanées de la recto-colite hémorragique.
Lyon Médical, 13 oct. 1963.
- 12 - GIRARD J.P.
Le facteur allergique dans la recto-colite hémorragique.
Med. et Hyg. 20 fév. 1963, 21, n°583, 151.
- 13 - GOLDSCHLAG
Les corticostéroïdes dans le traitement de la colite ulcéreuse.
Med. et Hyg. 20 fév. 1963, 21, n°583, 159.
- 14 - HENNING N. et WUST H.
Chronish recidivierende Hautgeschwüre (Pyoderma-Ekthyma-Ulcus gangrenosum) als komplikation der ulcerösen colitis.
Med. Klin. 1960, n°35, 1507-1510.
- 15 - HERVO M.
Les réactions articulaires au cours des infections recto-coliques subaiguës et

chroniques (en particulier maladie de Nicolas Favre et recto-colite suppurée et hémorragique). Essai d'interprétation pathogénique.

Thèse Paris, 1939, n°675, 58 pages.

16 - HILLEMAND P.

La recto-colite hémorragique et purulente.

Revue du Praticien, 11, n°7, 1954.

17 - HILLEMAND P., BENSAUDE A. et NORA

La recto-colite hémorragique est-elle une maladie autonome ?

Acta gastro-enterologica, fas.5-6, 1959, 712-729.

18 - HILLEMAND P., GILBRIN E., BENSAUDE A. et DELAVIERE Ph.

A propos des recto-colites hémorragiques avec manifestations articulaires. Leurs rapports avec le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter.

Arch. Mal. App. Dig., mai 1960, 49, n°5, 613-621.

19 - HILLEMAND B.

Maladie de Feissinger-Leroy-Reiter.

Presse Méd. 71, n°45, 1963.

20 - JACOBS E., CAMMAERT P. et VERBANK M.

Colite ulcéreuse et polyarthrite.

Trois cas. Traitement par ACTH.

Acta Gastro Ent. Belg. 1954, 17, 144-153.

21 - JACOBS W.H.

Erythema Nodosum in inflammatory disease of the bowel.

Gastro Enterology. 1959, 37, 286-294.

- 22 - KELLEY M.L. Jr. et LOGAN V.W.
Erythema Nodosum in association with
chronic ulcerative colitis.
Gastro-enterology. sept. 1956, 31,
n°3, 285-295.
- 23 - KELLEY M.L. Jr.
Skin lesions associated with chronic
ulcerative colitis.
Am. J. Dig. Dis., mars 1962, 7, n°3,
255-272.
- 24 - KIRSNER J.B.
Experimental colitis with particular
reference to hypersensitivity, reactions
in colon.
Gastro-Enterology, 1961, 40, 307-311.
- 25 - LAGERCRANTZ R., WINBERG J. et ZETTRSTROM R.
Extra-colonic manifestations in chronic
ulcerative colitis.
Acta Paed. Nov. 1958, 47, n°6, 675-687
(Résumé français).
- 26 - LIEVRE et WATTEBLED
Polyarthrite et recto-colite.
Rev. du Rhum. 20, 1953, 774.
- 27 - LIMA A.O., FRAGA C. Jr., RIBEIRO de
CARVAVALHO P. et SCABRA O.
Auto-Antibodies in ulcerative colitis.
Hospital, mai 1962, 61, n°5, 949-961.
- 28 - MC EWEN C., LINGG C., KIRSNER J.B.
et SPENCER J.A.
Arthritis accompanying ulcerative co-
litis.
Am. J. Med., déc. 1962, 33, n°6,
923-941.

29 - MOELLER H.C.

Complicaciones dermatologicas y artríticas de la colitis ulcerosa cronica inespecifica.

Semana Med. 18 janvier 1962, 69,
n°3642, 144-145.

30 - PEPINO L. et RICCO G.

Retto-sigmoïdo-colite ulceroso emorragica associata ad eritema nodoso e poliartrite saliciloresistente.

Minerva med. 13 oct. 1956, 47, n°82,
1161, 6 fig. (résumé français).

31 - PFENNINGER A.

Recto-colite hémorragique et rhumatisme.

Med. et Hyg. 20 fév. 1963, 21, n°583,
156.

32 - POLLARD A.B.

Acute ulcerative colitis presenting with skin gangrene.

Proc. Roy. Soc. Med., sept. 1961, 54,
n°9, 814-815.

33 - POLONI

Remarques cliniques et thérapeutiques à propos de recto-colites hémorragiques graves.

Thèse Paris 1953, n°656.

34 - RIDER J.A. et MOELLER H.C.

Food hypersensitivity in ulcerative colitis.

Am. J. Gastro enterol. mai 1962, 37,
n°5, 497-507.

35 - ROBERTI A.

L'allergie microbienne aux entero-bactériacés au cours des recto-colites hémorragiques.

Arch. Mal.App.Dig., 1960, 49, 1260-1269.

- 36 - ROUMAGNACQ H.
Le syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter
en Algérie.
Rev. du Prat. 1960, 10, 2516-2524.
- 37 - SAMITZ M.H. et GREENBERG M.S.
Skin lesions in association with ulcerative colitis.
Gastro enterology. nov. 1951, 19, n°3, 476-479.
- 38 - SARLES H., DECK M., CHALVET H. et AMBROSI L. (Mmes)
Recto-colite hémorragique et allergie alimentaire.
Arch. Mal. App. Dig. sept. 1959, 48, n°9, 907-925.
- 39 - SERRE H., SIMON L., CAILLENS J.P. et LIGNIERES Y.
Pelvi spondylite rhumatismale et recto-colite hémorragique (à propos de 4 observations).
Rev. Rhumat. oct. 1961, 28, n°10, 508-515.
- 40 - TERRIS G.
Les lésions expérimentales de colite chez le Cobaye par auto-anticorps.
Thèse Paris, 1960.
- 41 - WRIGHT J. et WATKINSON M.
The arthritis of ulcerative colitis.
Medecine 1959, 38, 243.
- 42 - YARNIS M. et CROHN B.
Segmental ulcerative colitis.
Gastro enterology, 1960, 38, 721-728.

